THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N.......
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY
Maladie des enfants	GRANCHER
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux . . .	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires . . .	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD
ALBARRAN
ANDRE
BONNAIRE
BROCA (Aug.)
BROCA (André)
CHARRIN
CHASSEVANT
DELBET
DESGREZ
DUPRÉ
FAURE
GAUCHER
GILLES DE LA TOURETTE
HARTMANN
LANGLOIS
LAUNOIS
LEGUEU
LEJARS
LEPAGE
MARFAN
MAUCLAIRE
MENETRIER
MERY
ROGER
SEBILEAU
TEISSIER
THIERY
THIROLOIX
THOINOT
VAQUEZ
VARNIER
WALLICH
WALTHER
WIDAL
WURTZ

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux.
Membre de l'Académie de médecine.
Officier de la Légion d'honneur.

ÉTUDE SUR LES RAPPORTS

DU

GOITRE EXOPHTHALMIQUE

ET DE L'HYSTÉRIE

AVANT-PROPOS

Le goître exophthalmique est une des maladies des plus importantes de la nosologie; mais c'est aussi une des plus difficiles à étudier, à interpréter et à guérir.

En dépit de tous les travaux auxquels il a donné lieu, il est encore mal connu et dans le chaos des théories formulées à son sujet, on a quelque peine à se reconnaître.

Mais si l'embarras du nosographe est grand quand il s'agit de comprendre et d'exposer la pathogénie de cette bizarre affection, combien plus grande est l'incertitude du praticien appelé à la traiter.

Cette singulière maladie ne se voit pas fréquemment

et durant nos multiples années d'études médicales, nous n'avons observé que trois malades atteints de goître exophthalmique. Nous devons à M. le professeur Debove, d'avoir réfléchi à cette question et si nous nous décidons après tant d'autres, à consacrer notre thèse à la maladie de Basedow, c'est parce que ce Maître éminent nous a inspiré et encouragé.

Arrivé au terme, non de nos études, car un médecin ne peut cesser d'étudier, mais à la fin de notre vie scolaire, il nous est agréable de pouvoir remercier ceux qui nous ont aidé de leurs conseils et soutenu de leur expérience.

D'abord à nos Maîtres de la Faculté de Toulouse, à M. le professeur Frébault qui nous a enseigné la chimie et la matière médicale sans laquelle un médecin ne peut espérer faire de bonne thérapeutique, puisque celle-ci implique la connaissance parfaite des médicaments, à M. le docteur Maynard, chirurgien honoraire des hôpitaux de Toulouse, à MM. les professeurs Tapie, Chalot, Bézy, Rémond de Metz, dont les leçons sur les maladies nerveuses nous ont été si profitables, ensuite à nos Maîtres de Paris, MM. les professeurs Raymond, Lannelongue, Pierre Marie, Roger, Marfan, Netter, nous disons merci du fond du cœur, pour leurs conseils, pour leur bienveillance, pour leurs bontés.

Nous sommes heureux de pouvoir adresser un bon souvenir à M. le Dr Raynaud, médecin en chef de l'Asile d'aliénés d'Orléans et à M. le Dr Halmagrand, chirurgien en chef de l'hôpital civil d'Orléans.

Tous nos remercîments à M. le Dr M. Petitfour, pour l'observation qu'il nous a permis de publier.

Que MM. les Docteurs Cousin, Petitfour, Meunier, Boudon, Cailleret, Brunet et Persillard que nous avons eu l'avantage de remplacer et qui nous ont donné l'occasion de nous familiariser avec les difficultés de la vie médicale, reçoivent l'expression sincère de notre reconnaissance.

M. le professeur Debove nous a donné l'idée de ce modeste travail et nous a fait l'insigne honneur de présider cette thèse. Nous le prions de vouloir bien agréer l'assurance de notre vive gratitude.

I

Historique

L'histoire du Goître exophthalmique fournit un bel exemple de l'abus des noms propres appliqués à une maladie.

Pour les Italiens, c'est la « Maladie de Flajani » pour les Anglais, la « Maladie de Graves » pour les Allemands, la « Maladie de Basedow. »

Quels sont les titres vrais de ces divers auteurs ?

Flajani a décrit en 1802 trois cas : description incomplète s'il en fut, car il ne mentionne même pas l'exophthalmie !

Parry, qui, lui aussi, prend quelquefois rang parmi les parrains de la Maladie, en a décrit cinq cas en 1825 ; sa description est plus complète que celle de Flajani.

L'important travail de Graves consiste en leçons faites en 1835, mais publiées seulement en 1843, ce qui a permis de lui contester la priorité ; injustice fort regrettable, car sa description est des plus précises.

Basedow écrivit en 1840, un mémoire très important et

assez complet sur la question, moins complet que celui de Graves toutefois.

La première observation française due à Charcot, date de 1856.

La médecine française s'est donc laissée fortement distancer, mais hâtons-nous de dire qu'elle a largement regagné le temps perdu et que les travaux cliniques et pathogéniques les plus importants lui appartiennent.

Nous nous contenterons de mentionner les cliniques de Trousseau et les innombrables thèses soutenues dans les facultés françaises.

Une des plus importantes, la plus importante peut-être, est celle de M. Marie, parue en 1883, thèse dans laquelle est décrit avec le plus grand soin un symptôme nouveau d'une importance capitale : le tremblement.

Au point de vue spécial où nous nous plaçons, la littérature est beaucoup moins riche.

Nous trouvons l'hystérie mentionnée pour la première fois explicitement dans une observation de Ball, publiée en 1863.

Depuis cette époque, l'hystérie est fréquemment signalée à titre d'association morbide, le *Traité des maladies du système nerveux* de Grasset lui consacre quelques lignes : mais c'est surtout dans les *Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, que les documents sont nombreux.

C'est surtout à M. le Professeur Debove que sont dues les observations relatives à l'association des deux maladies.

Une première fois, en 1887, une seconde fois en 1897,

il a entretenu la Société de cette alliance entre deux maladies qui appartiennent évidemment à la même série nosologique.

Tout dernièrement encore, le 21 avril 1899, M. le professeur Debove a fait une importante communication à la Société Médicale des Hôpitaux sur les rapports intimes du goître exophthalmique et de l'hystérie.

En dehors de ces trois communications, quelques-unes sont dues à MM. Joffroy et Ballet. Nous possédons un travail de ce dernier (*Revue de Médecine*, 1888). Il convient de mentionner une observation déjà ancienne de Dobell (1873), des mémoires et des observations de Demolard et de Cestan, de Montpellier (*Montpellier médical*, 1891) et des observations très nettes, mais recueillies à d'autres points de vue. Notons également, dans la thèse de Gros, une étude bien faite de quelques symptômes que l'auteur rattache à l'hystérie.

II

Des Théories Pathogéniques

Nous n'avons pas l'intention d'exposer avec de grands détails toutes les théories auxquelles a donné lieu la maladie de Basedow. On peut trouver cela partout et il n'est pas de thèse sur le goître exophthalmique où on ne les résume plus ou moins nettement.

Cependant, nous ne pouvons nous dispenser d'en dire quelques mots; pour cela, il est nécessaire de les classer.

On peut, à l'exemple de Gayme, les diviser en trois catégories, en modifiant légèrement la classification de cet auteur :

Les théories nerveuses
Les théories mécaniques
Les théories mixtes.

Théories nerveuses. — Ces théories s'appuient sur divers arguments :

a. — *Des arguments anatomo-pathologiques.* — Peu nombreux, car les autopsies de Basedow sont rares et n'ont donné que des résultats discordants. Si en effet, le système nerveux central a été trouvé quelquefois lésé,

il ne manque pas de cas où un examen attentif n'a rien révélé du tout.

b. — *Des arguments expérimentaux.* — Trois des expériences de Filehne, des recherches de Cl. Bernard sur la physiologie du sympathique.

c. — *Des arguments cliniques.* — Empruntés à l'observation directe des malades, de leurs antécédents personnels ou héréditaires. Ceux-ci sont évidemment les plus solides.

d. — *Des arguments thérapeutiques.* — Les traitements usités en neuropathologie sont ceux qui réussissent le mieux; les médicaments nervins habituels donnent des succès, enfin les opérations chirurgicales pratiquées sur le sympathique et suivies de succès démontrent au moins la participation d'une partie du système nerveux.

Seulement, tous ces arguments ont servi de base à des hypothèses foncièrement distinctes.

Pour les uns (Charcot, Marie, Gros) c'est le système nerveux central qui est en cause et le goître exophthalmique est une névrose générale apparentée à l'hystérie, à l'épilepsie.

Pour d'autres, le point de départ est dans le système nerveux périphérique (pneumogastrique pour G. Sée, sympathique pour Kœben, Trousseau, Morat, Abadie, Jonnesco, Jaboulay). Pour une troisième catégorie d'auteurs, le système nerveux réagit simplement à une excitation, ou pour mieux dire, sert de voie de transmission, et le goître exophthalmique représente en réalité un reflexe, à point de départ cardiaque, nasal, utérin etc. (Potain, Mayzèle).

Théories Toxiques. — Ces théories subordonnent le goître exophthalmique à l'action d'un poison dont la genèse et l'action sont diversement interprétées.

Les premiers auteurs qui se sont occupés de la question croyaient à une altération primitive du sang, à une anémie spéciale (Beau, Begbie).

Dans ces dernières années, les recherches sur les sécrétions internes des organes et surtout les découvertes relatives au myxœdème spontané ou opératoire ont conduit à une théorie qui a tenu une place considérable dans la nosographie et la thérapeutique : la *théorie thyroïdienne.*

Des partisans de cette théorie, les uns avec Notkine admettent l'existence d'un ferment intra-thyroïdien, l'enzyme dont la production exagérée provoque les accidents du Basedowisme ; les autres avec M. Renaut incriminent la thyromucoïne, substance *inachevée* qui est accumulée dans le corps thyroïde du fœtus et très toxique pour l'adulte.

D'autres (Mobius, Joffroy) sans chercher d'explications trop compliquées, se bornent à accuser le corps thyroïde en se fondant sur les résultats de l'intoxication expérimentale par la glande thyroïde ou ses dérivés chimiques.

A côté de cette théorie, vient naturellement se placer la théorie parathyroïdienne de Moussu.

Cet auteur considère les glandes parathyroïdes étudiées par M. Gley comme un organe de défense, chargé de détruire certains poisons ; si elles sont insuffisantes le goître apparaît.

Toujours dans le même ordre d'idées, M. Vigouroux,

prenant en considération l'arthritisme fréquent chez les Basedowiens, fait intervenir comme agent principal l'auto-intoxication qui est souvent l'apanage des arthritiques. C'est à la fois une théorie diathésique et une théorie toxique.

Théories mécaniques. — Sous ce nom viennent se ranger les théories qui placent dans la compression des organes du cou par le corps thyroïde le point de départ des accidents : signalons en particulier la théorie de Riche qui fait jouer un grand rôle à l'irritation du sympathique par la dilatation anévrysmatique des artères thyroïdiennes.

Théories éclectiques. — Bon nombre de médecins acceptent volontiers les diverses théories, leur accordant une part de vérité ; ainsi M. Béclère, répondant à M. le Professeur Debove considère les rapports du goître exophthalmique et de l'hystérie comme assez complexes ; d'après lui, il y aurait sous l'influence de l'hystérie des troubles de la sécrétion thyroïdienne qui retentiraient sur l'organisme entier et le syndrome de Basedow serait à la fois cause et effet de l'hystérie.

MM. Raymond et Sérieux, tout en accordant au système nerveux un rôle prépondérant — pour eux le goître exophthalmique est une manière d'être de l'état de dégénérescence — acceptent que cet état peut être créé par une viciation de la sécrétion thyroïdienne ou par tout autre influence causale.

Une théorie médicale n'a, en somme, sa raison d'être que dans les résultats thérapeutiques auxquels elle peut conduire. Pour juger de la valeur de celles-ci, il n'y a

qu'à considérer les tentatives thérapeutiques auxquelles elles ont amené les observateurs.

La thèse récente de Cazaux en contient l'exposé, succinct mais assez précis. Ce qui en ressort, c'est que pas une théorie n'est universelle et que par suite, pas un des systèmes thérapeutiques préconisés n'a donné de succès constants. La théorie thyroïdienne, la mieux assise cependant n'est guère applicable qu'aux goîtres *basedowifiés* de M. Marie ; dans les autres cas, elle a conduit à des opérations que leurs inventeurs eux-mêmes ont dilacérées ; par exemple, *l'exothyropexie*. Et la conclusion un peu mélancolique c'est que « le traitement de la maladie de Basedow est encore à trouver. »

III

Phénomènes cliniques divers observés dans la maladie de Basedow.

Chez beaucoup de Basedowiens, on constate une série d'accidents qui rendent la symptomatologie touffue et confuse au delà de toute expression.

En analysant les observations et les monographies, on s'aperçoit qu'il n'y a qu'un petit nombre de symptômes, sinon constants, du moins caractéristiques : la triade d'abord, le tremblement, puis quelques troubles vaso-moteurs.

Les autres sont évidemment des accidents surajoutés, comparables aux infections secondaires qui viennent modifier le tableau des grandes pyrexies.

En dépit des recherches nombreuses dont la neuropathologie a bénéficié si largement dans ces dernières années, la médecine en est un peu en ce qui concerne le goître exophthalmique, au point où elle était pour la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc., à l'époque où l'absence des notions bactériologiques conduisait à rattacher certaines complications à la maladie primitive.

Pour le tabes, la paralysie générale, les intoxications on est parvenu, par un travail attentif et soutenu, à dissocier ce qui appartient en propre à la maladie et ce qui représente un élément contingent, surajouté, dû à l'intervention d'une autre cause.

Ce travail de dissociation est beaucoup moins avancé en ce qui concerne le goître exophthalmique. Mais, cependant, même au point où il en est, il peut autoriser quelques déductions précises. Peut-être, quand il sera terminé, ne verra-t-on plus figurer dans les observations cette phrase très fréquente : « Aucun phénomène d'hystérie » à côté de la description de phénomènes physiques ou psychiques dont la nature hystérique ne peut guère être mise en doute.

Ces phénomènes peuvent être répartis en cinq groupes :

Les phénomènes moteurs.
— sensitifs.
— sensoriels.
— vaso-moteurs et trophiques.
— psychiques.

Troubles moteurs. — Ces troubles comprennent le tremblement, les paralysies, les convulsions.

Le *tremblement* n'a pas les caractères du tremblement hystérique, si variable dans ses allures ; le tremblement basedowien est au contraire, très fixe, toujours identique à lui-même.

Dans l'ignorance où nous sommes de la pathogénie vraie, mieux vaut nous résigner à le considérer comme un accident réellement basedowien.

Paralysies. — On a observé dans le goître exophthalmique des monoplégies, des paraplégies, des hémiplégies.

Si l'on excepte les cas d'accidents paralytiques dus à une lésion constatable du cerveau, du bulbe ou de la protubérance, on peut dire que la plupart des accidents paralytiques basedowiens n'ont pas la permanence qui caractérise les lésions matérielles : ils ont bien plutôt l'allure des troubles dynamiques.

Gros en particulier, déclare que ce sont des parésies plus ou moins accentuées et qu'il ne connaît aucune observation où la paralysie fut complète.

Les paralysies oculaires ont été rencontrées par Féréol et Ballet.

Avant eux on les trouve signalées par Trousseau, M. Panas, M. Rendu, M. Daubresse. Pédrono, (th. de Paris 1885) leur consacre quelques lignes et les attribue à l'influence de l'exophtalmie qui amène le tiraillement et l'élongation des muscles.

La paralysie faciale décrite d'abord par Maude, de Londres (*sem. méd.* 1893), a été retrouvée par M. Potain (*Rev. de Méd. et de chirurg.* 10 mars 1897). Enfin M. Marie à signalé le phénomène du *dérobement des jambes*, Stelwag, la parésie de la jambe droite, M. Potain la faiblesse du bras droit, Delasiauve l'affaiblissement des muscles de la nuque.

Trousseau a signalé l'aphonie, sans lésions.

L'hémiplégie a été l'objet d'un mémoire de Teissier, de Lyon en 1863 ; le cas de cet auteur concerne une hémiparésie transitoire.

Il en était de même chez un malade de Gros et chez celui de Féréol ; de même aussi dans quelques uns des cas de M. Ballet. Un des malades de Cardarelli avait eu une attaque apoplectiforme suivie d'une hémiplégie gauche qui disparut en deux mois.

La paraplégie a été constatée trois fois par Aran, par Hayden et par M. Ballet.

Convulsions et Contractures. — Lauder-Brinton a vu des secousses partielles des membres supérieurs ne rappelant en rien l'épilepsie ; Chwosteck des secousses de la face. Avec M. Ballet, il convient de répartir ces phénomènes en deux groupes : ceux qui appartiennent au goître exophthalmique, ceux qui dépendent d'une névrose associée. Rosenthal a vu l'hémiplégie glosso-labiée. Des accès épileptiques vrais ont été observés.

Troubles de la sensibilité. — Des plaques d'anesthésie ont été signalées par Rosenthal et par Charcot ; un malade de Gros et celui de Féréol avaient de l'anesthésie passagère à forme hémiplégique. Il y a eu de l'anesthésie incomplète avec parésie dans un cas de Cardarelli, de l'anesthésie avec paresthésies chez un malade de Daubresse.

L'anesthésie sensorielle est notée pour l'œil par Pédrono, dans des cas où l'ophthalmoscope ne révélait rien ; l'amblyopie sans lésions a également été vue par plusieurs auteurs.

A côté des anesthésies se placent les hyperesthésies : nous ne ferons que mentionner les névralgies dont les caractères variables impliquent probablement une pathogénie complexe.

Les crises gastriques observées par Parry, les accès d'angine de poitrine notés par Cardarelli, Trousseau, Stelwag, récemment par Ingelrans, ont cependant une physionomie bien spéciale : nous en dirons autant des accès d'asthme (?) ou plutôt des dyspnées paroxystiques notés par Rosenthal. Des plaques d'hypéresthésie et d'hyperalgésie ont été observées par Féréol et M. Merklen. Dans le cas de Féréol, il y avait anesthésie du côté parésié, hyperesthésie du côté opposé.

Troubles trophiques. — Ils sont légion. On en trouve de toutes sortes, nous signalerons l'urticaire, le dermographisme, le dermographisme électrique, l'asphyxie locale rappelant la maladie de Raynaud (Verhoogen), les œdèmes passagers, l'hypertrophie des mamelles (Trousseau), la chute des poils et des cils.

Troubles psychiques. — Tout le monde connaît le caractère irritable, insupportable, souvent violent des Basedowiens, les irrégularités de leur appétit, qui sont bien plutôt d'ordre psychique que d'ordre digestif.

Il n'est pas rare de rencontrer chez les Basedowiens des troubles psychiques d'ordre franchement vésanique sur lesquels MM. Debove, Joffroy, Ballet, ont longuement insisté. Ce sont ou bien des formes ordinaires de manie, de l'excitation, ou bien et beaucoup plus souvent, des idées de persécution, sur lesquelles M. Ballet a justement et longuement insisté, des idées hypocondriaques, du délire mélancolique.

Parfois ces formes dépressives sont coupées par des accès d'excitation.

Chez certains malades, c'est l'excitation qui domine.

sous toutes ses formes, idées érotiques, accès de colère (Trousseau, Peter, Potain), mais les Basedowiens atteints de délire violent sont certainement plus rares que les mélancoliques.

Si maintenant, nous voulons essayer de nous rendre compte de la nature de ces accidents, si divers, si bizarres, une particularité nous frappera tout d'abord : c'est la ressemblance marquée avec ce qu'on peut rencontrer dans l'hystérie vulgaire.

Hystériques certainement ces paralysies transitoires, hystériques ces anesthésies plus ou moins exactement superposées aux phénomènes paralytiques, ces accidents secrétoires, vaso-moteurs, trophiques, cette apoplexie suivie d'une hémiplégie qui se répare en deux mois ; hystériques enfin, à n'en pas douter ces troubles psychiques, ces idées mobiles, ce délire triste.

Gros, dans sa thèse, n'hésite pas à considérer comme revenant à l'hystérie les divers troubles paralytiques observés chez ses malades.

La paralysie faciale, elle-même, si longtemps considérée comme étrangère à l'hystérie lui appartient cependant et quelques cas de paralysie de la septième paire sont hystériques au même titre que les monoplégies brachiales hystériques.

Et s'il y avait encore des doutes sur la nature hystérique de cette paralysie, il n'en pourrait certainement pas exister pour l'*hémispasme glosso-labié* sur lequel Charcot insistait.

Il en est évidemment de même pour les troubles de la vision, diminution du champ visuel, achromatopsie, en de-

hors bien entendu, des cas où une lésion matérielle du fond de l'œil attribuable au tabès, à des hémorrhagies rétiniennes, etc..., vient donner l'explication des désordres.

Bon nombre de phénomènes douloureux ont un cachet hystérique évident ; les dyspnées paroxystiques, les attaques d'angine de poitrine.

Le simple examen de ces faits, en l'absence de toute idée préconçue et de tout parti pris, ne peut conduire qu'à une seule conclusion. « *Bon nombre des accidents Basedowiens sont certainement de nature hystérique* ».

Nous nous contentons pour l'instant de poser cette conclusion. Nous la retrouverons plus tard.

IV

Rôle des agents provocateurs de l'hystérie dans la pathogénie du goître exophthalmique.

A l'origine de beaucoup de cas de goître exophthalmique, on retrouve les causes qui agissent généralement chez les prédisposés pour provoquer l'hystérie. Nous aurons à examiner successivement l'influence possible du traumatisme, des émotions morales vives, colère, frayeur, émotions dépressives, des états physiologiques qui déterminent des modifications profondes dans l'organisme, menstruation ménopause, grossesse, des infections, des intoxications. Sur quelques-uns de ces points, nous sommes insuffisamment documenté, en ce qui concerne les intoxications, par exemple, abstraction faite de l'intoxication thyroïdienne.

Toutes ces causes, le plus souvent isolées, quelquefois combinées, se retrouvent invariablement à l'origine des goîtres exophthalmiques à début brusque; dans les cas où la maladie s'est développée lentement, il arrive parfois que l'origine est inconnue ou méconnue.

Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est le rôle d'un facteur important : l'hérédité nerveuse.

Bien que son influence ne soit pas saisissable dans tous les cas, il est bien certain que l'hérédité névropathique intervient dans une grande partie, dans la plus

grande partie. Aussi allons-nous d'abord rappeler brièvement le rôle qu'elle joue.

A. — *Rôle de l'hérédité névropathique.*

Le goître exophthalmique appartient, cela est bien démontré à la grande famille névropathique.

Les recherches de Déjerine, de Féré, pour ne citer que celles-là, l'ont établi sans contestation possible.

Nous avons fait, à ce point de vue, le relevé de quelques observations (28) et voici ce que nous avons noté :

Père goutteux, mère nerveuse	1 fois
Mère et sœur hystériques, un oncle aliéné, une cousine atteinte de goître exophthalmique.	1 —
Antécédents nerveux divers	1 —
Père épileptique	1 —
Père atteint de la maladie de Parkinson	1 —
Oncle paternel idiot.	1 —
Père épileptique, frère hystérique	1 —
Cousin germain aliéné	1 —
Deux frères très nerveux, une cousine germaine épileptique.	1 —
Oncle paternel braque	1 —
Mère et sœur très nerveuses	1 —
Mère phtisique	2 —
Parents rhumatisants migraineux	1 —
Pas d'antécédents héréditaires connus, mais sur 8 enfants de la malade, 6 morts en bas âge, le dernier aliéné.	1 —
Mère basedowienne : deux filles, une hystérique avérée, l'autre atteinte de neurasthénie grave.	1 —
	16 fois

Pour les autres cas, ou bien les antécédents héréditaires ne sont pas mentionnés, ou bien il s'agit de faits anciens dans lesquels le rôle de l'hérédité névropathique a été méconnu ou insoupçonné ; enfin il faut tenir compte de la propension des malades à cacher leurs tares de famille. On n'avoue pas volontiers, surtout quand on se sent un peu taré soi-même ! qu'on a parmi ses ascendants des aliénés ou des épileptiques. Et puis, il faut aussi reconnaître que beaucoup de névropathes sont essentiellement menteurs, par besoin, nous ne disons pas par plaisir, mais il est certain que le mensonge est pour eux une habitude, presque une nécessité morbide.

Ce qu'on trouve souvent, à défaut d'antécédents nettement névropathiques, c'est l'arthritisme.

Nous avons relevé quatre fois, la goutte, le rhumatisme, les migraines dans l'hérédité des malades.

Or, tous les observateurs sont d'accord, sur ce point, l'arthritisme et l'hérédité nerveuse proprement dite se touchent et peut-être faut-il considérer l'arthritisme comme « le dernier terme d'une série dégénérative ». (Isch-Wall thèse de Paris, 1888).

Ce qui est certain, en tout cas, c'est que l'arthritisme et ses diverses manifestations figurent très fréquemment dans les antécédents de famille et dans les antécédents personnels des basedowiens et que leur formule urinaire, leurs réactions pathologiques reproduisent le plus souvent les caractères habituellement considérés comme caractéristiques de l'arthritisme.

B. — *Rôle du Traumatisme.*

Le traumatisme est souvent incriminé. On a vu, en effet, plusieurs fois, le goître exophthalmique survenir à la suite d'un choc physique intense.

On peut en citer quelques faits qui, d'ailleurs sont reproduits partout :

Celui de Russel (*Méd. Times and. Gaz* 1898) ouvrière prise dans l'explosion d'une cartoucherie.

Celui de Fauquez (*Union médicale*, décembre 1881) chute violente sur le côté gauche.

Celui de Parry, accident de voiture.

Celui de Begbie, contusion de l'occiput.

Celui de Mayzèle (thèse de Paris, 1897), chute de bicyclette et traumatisme des régions précordiale et thyroïdienne.

Dans tous ces faits, l'apparition des accidents basedowiens a suivi à bref délai le choc.

C. — *Rôle des émotions.*

Les secousses morales vives produisent les mêmes effets que les chocs physiques. D'ailleurs, dans ceux-ci, la terreur peut jouer un rôle. M. le professeur Debove, en 1887, a communiqué la très curieuse observation d'un homme qui devint basedowien à la suite d'une chute dans la mer. On connaît le cas de M. Potain : la femme d'un de nos confrères surprend à Paris son mari, qu'elle croyait en

voyage, descendant de voiture avec une autre femme : de là, violente colère et apparition du syndrôme basedowien, qui n'est suivant la pittoresque expression de M. le professeur Potain « que de la colère figée ». Tous ces faits sont classiques.

Mais en voici d'autres moins connus et plus démonstratifs, peut-être, à notre point de vue : on y voit le syndrôme basedowien apparaître sous l'influence d'une émotion et disparaître quand cette émotion est calmée.

Cas de Moore. — Emotion violente : apparition instantanée du syndrôme qui disparaît au bout de 48 heures.

Cas de Solbrig. — Goître exophthalmique survenant chez un jeune garçon de 8 ans, à la suite d'une émotion ressentie à l'école : exophthalmie, goître, sueurs profuses, cent quatre-vingts pulsations, le tout disparaissant au bout de 48 heures.

Cas de Puttnamm. — Jeune fille sévèrement réprimandée : goître exophthalmique complet durant seulement deux jours. Disons cependant que M. Joffroy conteste la réalité de ces faits. Pour lui, il y a simplement exagération d'accidents basedowiens préexistants.

Dans quelques cas c'est très possible ; mais certainement ces réserves ne sont pas justifiées pour tous.

D. — *Rôle de divers états Physiologiques.*

Le sexe féminin est particulièrement prédisposé au goître exophthalmique. On peut en accuser l'impressionnabilité plus grande de la femme ; mais il convient de faire intervenir aussi les circonstances spéciales de sa vie

sexuelle : la menstruation, la ménopause et surtout la grossesse.

Trousseau, M. Panas ont vu le goître débuter avec une grossesse et s'améliorer au moment de l'accouchement. Bucquet a vu, sous l'influence de la grossesse, un goître simple se transformer en goître exophthalmique.

C'est en somme un choc organique comparable au choc moral, qui engendre la folie puerpérale, les délires bizarres des femmes enceintes.

On peut rapprocher de ces faits, les cas de goîtres exophthalmiques développés sous l'influence d'affections graves de l'utérus ou des annexes, et guérissant avec ces affections, soit à la suite d'un traitement chirurgical (cas d'Odeye, de Bouilly, de Picqué, 45 cas de Jouin). Inversement une thérapeutique active dirigée contre un accident gynécologique peut faire apparaître le syndrome (cas de Mathieu, de Babinsky, de Vignard).

E. — *Rôle de l'Infection.*

Dans trois cas de Chwosteck, la maladie de Basedow a paru consécutive à la syphilis : ici, il faut peut-être faire intervenir le facteur moral.

Les angines phlegmoneuses, la fièvre typhoïde (Bertoye), la grippe (Sanger), l'ictère (Begbie), le rhumatisme (Chauvin), la pleurésie (Stierlin), ont été retrouvés à l'origine de nombreux goîtres exophthalmiques. L'observation de Peugniez fait remonter les accidents à une fièvre typhoïde. Jonnesco a pu accuser le paludisme.

Comment expliquer l'action des infections?

Dans certains cas, on peut admettre qu'elles ont déterminé des lésions du corps thyroïde, lésions que M. Renaut considère comme constantes, et que le syndrome a été la conséquence de ces localisations.

Mais le plus souvent, il faut reconnaître que l'agent infectieux n'a pas ici d'autre influence que celle d'un véritable traumatisme. C'est encore un point de ressemblance avec l'hystérie.

F. — *Rôle des Diathèses.*

L'arthritisme avec ses processus multiples d'auto-intoxication est ici un facteur puissant (Vigouroux).

Nous nous sommes déjà expliqué sur ce point à propos de l'hérédité. Il nous suffit de rappeler la liaison fréquente du basedowisme avec les maladies qualifiées d'arthritiques, la migraine, le diabète (Souques et Marinesco).

G. — *Rôle des Cardiopathies.*

L'influence des cardiopathies sur la production du goître exophthalmique n'est pas douteuse pour certains auteurs. G. Sée, en particulier, s'est fait le défenseur et le promoteur de la théorie cardiaque. M. Debove, sans se prononcer, dit avoir vu souvent la coïncidence. M. Potain et son élève Mayzèle incriminent volontiers un réflexe d'origine cardiaque. Un point peut éclairer la question.

Dans un récent mémoire, Ingelrans, de Lille, a étudié

la fausse angine de poitrine, au cours du goître exophthalmique. Or, c'est là un phénomène hystérique au premier chef, et il y a déjà quelques années, Albot, dans une thèse inaugurale, a bien étudié son apparition au cours de cardiopathies. Son malade a réagi dans le sens de l'angor hystérique; celui d'Ingelrans a été plus loin et aux accidents douloureux se sont ajoutés des phénomènes thyroïdiens et oculaires.

II. — *Rôle des Intoxications.*

Nous ne connaissons pas de goître exophthalmique attribuable à l'action directe du plomb, de l'alcool ou du mercure, tandis que l'hystérie toxique est très fréquente.

Mais le poison thyroïdien est tout-à-fait comparable aux autres toxiques : la seule différence, c'est qu'il est fabriqué dans l'organisme et que les troubles qu'il détermine ont une allure particulière ; on pourrait sans forcer les analogies, considérer le syndrôme de Basedow comme une *hystérie thyroïdienne.*

Il est possible aussi d'envisager à un autre point de vue les rapports de l'hystérie et de l'empoisonnement thyroïdien et d'attribuer, comme M. Béclère, la viciation de la sécrétion thyroïdienne à l'influence de l'hystérie.

On sait que les troubles secrétoires d'origine hystérique, sialorrhée, dacryorrhée, polyurie ne sont pas rares.

Dans cette hypothèse, les accidents basedowiens seraient la conséquence indirecte de l'hystérie qui ne pourrait les engendrer qu'en favorisant d'abord la production du poison thyroïdien.

V

Nature.

Dans le rapide exposé que nous avons fait des symptômes nerveux du goître exophthalmique, dans la résumé des théories et de leurs conséquences thérapeutiques, une notion se détache nettement. C'est le système nèrveux qui est le point de départ des accidents basedowiens.

Qu'on incrimine le corps thyroïde, l'excitation réflexe des centres par une irritation à distance, la compression ou les lésions directes des nerfs, on arrive toujours à la même conclusion.

Toute la question est de savoir en quoi consiste exactement l'action du système nerveux.

Un premier point apparaît d'abord. Si important, si complexe que soit le rôle du système nerveux périphérique, du sympathique en particulier, il est évident que l'action des nerfs périphériques n'explique ni les troubles psychiques, ni les troubles moteurs, ni même les troubles sensitifs ; il faut de toute nécessité faire intervenir les centres nerveux supérieurs.

On est donc amené fatalement à se demander quelle est la part exacte de ces centres ? Agissent-ils en vertu d'une lésion matérielle ? Les autopsies sont là pour répondre : non. C'est à peine si deux ou trois faits démontrent l'existence de lésions appréciables ; encore ne portent-elles que sur des parties assurément importantes, mais en somme d'une valeur physiologique peu connue, et en tout cas très limitée.

D'autre part, l'évolution des accidents : leur disparition possible, leur alternance, excluent l'intervention d'une lésion matérielle grossière. Il faut donc s'en tenir à l'hypothèse d'un trouble purement dynamique et cette conclusion entraîne à affirmer qu'on est en présence d'une névrose.

Mais cette névrose quelle est sa nature ? C'est évidemment une névrose à manifestations polymorphes, protéiformes. Est-ce l'hystérie ? ou est-ce, comme l'ont admis les neuropathologistes une névrose voisine ?

L'état des symptômes, ou plutôt l'analyse de leurs caractères permet de répondre.

Nous nous sommes expliqué plus haut sur les conditions étiologiques dans lesquelles se développe le syndrôme de Basedow. Nous avons également montré que les symptômes ont une mobilité, une allure spéciale qui ne peuvent appartenir qu'à l'hystérie.

Aussi, en examinant de près l'état des malades affectés de goître exophthalmique, nous sommes arrivés à reconnaître dans la plupart des symptômes, la marque caractéristique de l'hystérie.

Mais, y a-t-il simple juxtaposition d'une névrose spé-

ciale et de l'hystérie ? Il est assez étrange que l'hystérie vienne s'associer une maladie qui reproduit tous ses traits : identité d'origine, similitude parfaite de symptômes et d'évolution ; tout semble combiné pour amener le clinicien à l'idée soutenue par notre Maître : « Que la plupart des goîtres développés d'une façon aiguë, à la suite d'une violente émotion, sont de nature hystérique ou tout au moins nerveuse ».

Nous ne pouvons nous empêcher de penser qu'en écrivant cette phrase. M. le professeur Debove — qu'il nous permette de le dire — a obéi au désir de ne pas heurter trop vivement les opinions de ses auditeurs, et que le « tout au moins nerveuse » est une phrase accessoire, et que les mots qui la précèdent, rendent bien mieux sa pensée. Pour ceux, qui sans parti pris, sans idées préconçues, examinent d'assez près la symptomatologie du goitre exophthalmique, sa parenté avec l'hystérie devient évidente.

Seulement, une question se pose immédiatement : peut-on et doit-on mettre au même niveau tous les cas de maladie de Basedow ? En d'autres termes, y en a-t-il d'hystériques et de non hystériques ?

« Il en est, dit M. Debove, chez lesquels la cause de la « maladie nous échappe, mais il en est aussi chez lesquels « la cause est évidente et toute tentative thérapeutique « qui ne tiendra pas compte de cette cause est inutile ou « imprudente. Citons quelques variétés. Il y a des goîtres « simples qui se transforment en goître exophthalmique. « J'ai observé de ces malades, et une observation de ce « genre recueillie dans mon service a été publiée par le

« Dr Bruhl. En pareille circonstance, le goître étant la « cause des accidents, l'ablation du goître peut les faire « disparaître et cette opinion a été soutenue dans cette « Société même par notre collègue, M. Marie. A plusieurs « reprises, j'ai observé des goîtres exophthalmiques qui « me paraissent développés sous l'influence de maladies « du cœur. Cette notion étiologique domine la théreupati- « que ».

La pathologie vit de comparaisons. On peut se demander si la nosographie ne donnerait pas des arguments permettant de renforcer, de généraliser même l'idée de notre Maître.

Ces arguments, l'exposé étiologique auquel nous nous sommes livré plus haut peut nous les fournir. Parmi les agents figurant en même temps dans l'étiologie de l'hystérie et dans celle du goître exophthalmique, nous avons cité les infections, les maladies organiques, les diathèses. La découverte des hystéries toxiques à laquelle notre Maître a pris une part si brillante, nous montre que des causes extérieures peuvent agir non seulement comme agents révélateurs, ainsi que le voulait Charcot, mais aussi comme causes *provocatrices* de l'hystérie.

Pourquoi des lésions organiques, cardiopathies, goîtres, n'agiraient-elles pas dans le même sens?

Il faut, en effet, se rappeler que dans ces maladies organiques, le rôle de l'intoxication est considérable. Un cardiaque n'est pas seulement malade du cœur. Sa nutrition générale est viciée, d'abord par une hématose imparfaite, ensuite par les désordres qu'engendrent les altérations du foie et du rein, qui compromettent la fonction

antitoxique et la fonction d'élimination. Il faut y ajouter l'influence d'excitations nerveuses d'origine intra-cardiaque ou intra-aortique, dont M. le professeur Potain et M. François Franck ont mis en relief toute l'importance. Et ce n'est pas une hypothèse de dire — ou plutôt de répéter — que parmi les agents provocateurs de l'hystérie, les cardiopathies peuvent et doivent figurer. Pour nous, c'est restreindre trop la question que de ne voir dans le goître exophthalmique manifestement secondaire à une lésion organique quelconque, qu'une sorte de réflexe local. Cela pourrait s'admettre s'il n'y avait que des désordres locaux : mais quand on voit les troubles se généraliser, se manifester dans les sphères motrices, sensitives, sensorielles, trophiques, psychiques, on est amené à l'idée d'une névrose généralisée, due à la réflectivité excessive du système nerveux. Mais cette exagération du pouvoir réflexe est-elle un phénomène normal ? Assurément non !

Chacun réagit aux excitations selon ses moyens, et il faut pour obtenir des réactions exagérées, une sensibilité également exagérée des appareils de réception. Dans le cas particulier, il faut une exagération de la sensibilité nerveuse, qu'elle soit héréditaire ou acquise, peu importe. Qu'on en désigne le résultat sous le nom d'hystérie ou sous tout autre nom, qu'importe ? L'essentiel est de s'entendre sur la valeur des acceptions primitives. Mais comme les accidents sont exactement les mêmes dans l'hystérie pure et dans celle qui obéit à l'influence d'un agent provocateur, on est bien obligé de conclure de l'identité de manifestations à l'identité de nature.

Nous estimons donc qu'on ne doit pas se contenter de dire, comme M. Béclère, par exemple que « l'apparition « du syndrôme de Basedow comme manifestation de l'hys- « térie est un fait dont personne aujourd'hui ne conteste « ni la réalité ni la fréquence ». Il faut, croyons-nous, aller plus loin. Nous dirions volontiers que ce n'est pas fréquemment, mais bien dans tous les cas que le syndrôme en question est une manifestation hystérique, hystéro-toxique si l'on veut.

Et qu'on ne croie pas qu'il s'agit là d'une simple argutie d'Ecole : les conséquences thérapeutiques d'une doctrine peuvent être immenses. Et comme c'est là le vrai point de vue médical, puisque toutes nos recherches, nos discussions, n'ont en définitive qu'un but, le soulagement du malade, nous allons examiner maintenant ce que vaut l'application de la théorie.

VI

Traitement.

Il en a été de la thérapeutique basedowienne comme de la pathogénie. Elle en a suivi les fluctuations, et elle a connu toutes les transformations, depuis l'extrême audace du chirurgien jusqu'à la prudente réserve, véritable politique du « laissez faire, laissez passer ». Comme l'a dit M. Debove, la notion étiologique domine la thérapeutique. Cela veut dire que si le basedowien est en même temps cardiaque, on ne se contentera pas de traiter son affection du cœur, mais en même temps on évitera avec le plus grand soin toute thérapeutique perturbatrice que l'état de son appareil circulatoire ne lui permettrait pas de supporter : *Primum non nocere.*

L'étiologie nous enseigne qu'à l'origine de tous les cas, il y a l'hystérie. C'est donc à celle-ci qu'il faudra s'adresser d'abord. Il y a dans le traitement de la grande névrose, une thérapeutique fondamentale basée sur l'hydrothérapie et la médication calmante. Il faut évidemment y recourir. Mais il ne faut pas le faire sans discernement ; et soumettre ses malades, indistinctement, à l'eau froide.

Pas plus en matière d'hystérie que dans toute autre

cas, il n'y a de traitement systématique. Comme le disait autrefois Peter, il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades. Et l'on n'oubliera pas d'ajouter au traitement hydrothérapique bien fait et judicieusement appliqué, le *traitement moral*, si important en pareil cas.

A ce point de vue, des traitements assez anodins, mais par cela même peu dangereux peuvent rendre des services. Ils ont le grand avantage de frapper l'imagination des malades sans leur faire courir de risques. A ce titre, les injections iodées que préconise notre Maître constituent un procédé relativement bénin.

Est-ce à dire que nous voulions refuser aux malades le bénéfice des tentatives chirurgicales si hardies et si belles *au point de vue opératoire* qui ont été préconisées dans ces dernières années? Nullement. « Mais je ne crois « pas, dit M. Debove, qu'en appliquant indistinctement le « même traitement on aurait le même succès, car il ne « me semble pas que tous les malades diagnostiqués « basedowiens soient identiques ».

Pour résumer, nous dirons qu'avant de faire subir au sujet atteint de goître exophthalmique un grand traumatisme chirurgical, il convient de le traiter médicalement et que ce traitement médical, *qui doit être employé même avec le traitement opératoire*, n'est autre chose que le traitement classique de l'hystérie.

Observation I

Hystérie et goître exophthalmique observés chez l'homme par M. le Dr Debove, agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Andral.

« Le malade que j'ai l'honneur de vous présenter est un « homme âgé de trente-trois ans, très fort, très robuste, n'ayant « jamais été malade, qui, depuis neuf mois, présente des acci- « dents hystériques. Voici à quelle occasion, ils se sont déve- « loppés. Au mois d'octobre dernier, à Marseille, il tomba à la « mer, courant un grand danger, car il ne savait pas nager, et « éprouva une émotion sur l'intensité de laquelle il est inutile « d'insister. Dans les jours qui suivirent l'accident, il remarqua « qu'il lui était impossible de marcher dans l'obscurité, que sa « force musculaire avait diminué, en même temps qu'appa- « raissaient divers phénomènes nerveux qui l'obligèrent à sus- « pendre son travail.

« Aujourd'hui, nous constaterons l'existence d'une anesthésie « généralisée, cutanée et sensorielle (ouïe, odorat, goût, vision). « En même temps, il y a perte du sens musculaire, la station « et la marche sont impossibles lorsque les yeux sont fermés, « la position des membres est facilement méconnue lorsqu'elle « n'est pas vérifiée par la vision. Notre malade est hystérique « parce que cette anesthésie généralisée est pathognomonique « de l'hystérie, parce qu'on ne la rencontre dans aucune autre « maladie avec les caractères spéciaux qu'elle présente ici. Il y « a d'ailleurs d'autres symptômes qui viennent confirmer ce « diagnostic. Très souvent le malade éprouve la sensation d'une

« boule qui, partie de la région épigastrique, remonte jusqu'au « larynx, s'y arrête, provoque des phénomènes de dyspnée et « des signes fort pénibles qui ressemblent à une attaque de « nerfs avortée.

« Sur quelques points du corps, dans les régions iliaques « droite et gauche, au niveau de l'hypocondre droit, à l'union « des vertèbres cervicales et dorsales, il y a des zones hypé- « resthésiques, la pression sur ces points provoque des dou- « leurs très vives, quoique dans les mêmes points la peau soit « anesthésiée.

« L'ensemble de ces symptômes permet d'affirmer l'existence « de l'hystérie, névrose qui serait déjà bien intéressante à étu- « dier sur un pareil sujet parce qu'elle affecte un homme, parce « qu'elle a débuté d'une façon aiguë, à la suite d'une émotion « morale très vive, alors qu'il n'existait aucune espèce de pré- « disposition, ni personnelle, ni héréditaire. Ce n'est pourtant « pas le seul syndrome qui mérite notre attention. Il existe, en « effet, en même temps que des symptômes d'hystérie, des « symptômes caractéristiques du goître exophthalmique.

« C'est là un goître exophthalmique fruste, car le corps thy- « roïde est peu ou pas tuméfié, mais il est un peu douloureux. « La saillie des globes oculaires est évident. Les battements du « cœur sont précipités, 120 à 140 pulsations et ils sont si violents « qu'ils agitent tout le thorax. Il n'y a pas de souffle cardiaque. « Si nous recherchons l'origine de ces accidents, ils remontent « également au moment où le malade pensa se noyer, car dès « ce moment il eut des battements de cœur. Voilà donc l'hysté- « rie et le goître exophthalmique observés sur le même homme, « ayant débuté à la même époque sous l'influence d'une même « cause. Mais on ne voit pas habituellement deux maladies se

« développer simultanément et il est plus vraisemblable d'ad-
« mettre qu'il n'existe qu'une seule maladie tenant sous sa
« dépendance des phénomènes variés. Et qu'elle serait alors la
« maladie première? L'hystérie tiendrait-elle le goître sous sa
« dépendance ou bien serait-ce le goître qui serait une cause de
« l'hystérie? Pour mon compte, je penche vers la première
« hypothèse et j'ai présents à la mémoire de nombreux faits
« d'hystérie dans lesquels est venu se surajouter un goître
« exophthalmique. Autrement dit, je crois que bien souvent,
« la maladie de Graves, n'est que secondaire, qu'elle est symp-
« tomatique de l'hystérie.

« Quoiqu'il en soit, notre exemple montre bien la parenté des
« deux névroses, car elles ont éclaté toutes deux subitement et
« simultanément, à l'occasion d'une cause bien déterminée et
« cela chez un homme, c'est-à-dire sur un individu du sexe le
« moins préparé aux accidents hystériques ».

OBSERVATION II (Inédite).

Nous devons cette observation à l'obligeance de M. le Docteur M. Petitfour, de la Faculté de médecine de Paris, médecin à Ferrières-en-Gâtinais (Loiret).

« Le 11 février 1898, dit le docteur Petitfour, je fus appelé
« auprès d'une jeune fille âgée de 18 ans, ayant eu quelques
« instants avant mon arrivée une forte « crise de nerf » disait
« sa mère, une attaque « de mal caduc » affirmaient d'autres
« personnes.

« J'appris qu'à la suite d'une vive contrariété, la malade
« s'était mise à pleurer abondamment, à bailler d'une façon

« continue, tout en se plaignant d'une grande lassitude et en « affirmant que quelque chose « comme un étau » lui serrait « fortement le cou.

« Pendant que sa mère était occupée à lui faire une infusion « de tilleul qui « ordinairement réussissait bien à la jeune ma- « lade quand elle avait ses nerfs »,cette dernière qui était assise « se leva brusquement, poussa un grand cri, étendit d'abord « les bras, puis, portant violemment les mains à son cou com- « me pour arracher un lien menaçant de l'étrangler, se laissa « tomber dans les bras de sa mère qui était accourue.

« Alors redoublèrent ses sanglots, ses cris, et lançant la tête, « les bras et les jambes dans tous les sens, elle frappa, à diver- « ses reprises, les personnes qui l'entouraient. Sa face était for- « tement congestionnée, ses yeux injectés avaient une expres- « sion effrayante.

« On ne sut pas me dire exactement combien de temps avait « duré « cette attaque de nerf » ; mais je pus comprendre qu'elle « n'avait pas dépassé un quart d'heure.

« Tout s'était terminé par des larmes abondantes.

« La malade m'assura que pendant qu'elle se débattait, elle « avait entendu une bonne partie des paroles émises par les « personnes de son entourage.

« Elle m'apprit également qu'il lui arrivait souvent d'être « fort énervée » et de « pleurer pour calmer ses nerfs », mais « que c'était la première fois qu'il lui arrivait de perdre con- « naissance et de se laisser choir.

« En examinant la malade, je constatai en différentes parties « de son corps, l'existence d'une sensibilité très grande ; à ce « point, qu'en exerçant une pression très modérée soit au ni- « veau de l'angle des deux omoplates, soit un peu au-dessous

« du sein droit, je parvins à déterminer une vive douleur.

« Je ne découvris pas, au niveau des régions ovariennes des « signes d'hypéresthésie bien marqués.

« Les membres et la face indemnes de paralysies ; les « muscles du membre supérieur et du membre inférieur « gauche semblaient, toutefois, plus faibles que ceux du côté « droit.

« Je constatai que tout le côté gauche était frappé d'hémia- « nesthésie et que toujours à gauche, la vue et l'ouïe étaient in- « téressés, le goût et l'odorat ne paraissant pas atteints.

« La malade fut toute surprise de voir que je pouvais la pin- « cer et la piquer sans lui faire ressentir la moindre sensation « pénible.

« Je lui ordonnai de marcher et je dois avouer qu'elle le « fit sans paraître gênée.

« Je la revis le surlendemain ; elle semblait plus calme et « prétendait s'être bien trouvée de la potion bromurée que « j'avais prescrite.

« Pendant un mois environ, je donnai à ma malade du bro- « mure de camphre, en commençant par 0 gr. 50 centigram- « mes le premier et le second jour, puis en augmentant pro- « gressivement, je parvins à lui faire prendre, sous forme de « pilules, 1 gr. 50 de ce médicament par 24 heures.

« Je conseillai également une lotion froide tous les matins, « d'une durée de quelques secondes à peine et suivie d'une « friction énergique.

« Ce traitement ne produisit pas le moindre effet sur l'hémia- « nesthésie de la jeune fille. Elle prétendait, toutefois, y voir « plus clair et être moins « dure d'oreille ». Son caractère

« s'était sensiblement amélioré et ses parents prétendaient « qu'elle était devenue « moins nerveuse ».

« Durant neuf mois environ, je ne la revis pas, mais dans les « premiers jours de décembre 1898, je fus de nouveau mandé « auprès d'elle.

« Mon attention fut vivement attirée par l'étrangeté du regard « de ma malade et par la grosseur démesurée de ses yeux pou- « vant à peine être recouverts par les paupières.

« A cette exophthalmie considérable se joignait une augmen- « tation notable des deux lobes du corps thyroïde, surtout du « droit.

« On me raconta que les yeux et le cou avaient grossi très « lentement et que ce n'était que depuis deux jours, à la suite « d'une vive frayeur qu'avait ressentie la malade en voyant son « jeune frère tomber au feu, qu'ils avaient pris des proportions « aussi considérables.

« Une tachycardie intense la fatiguait aussi beaucoup : le « cœur, toutefois, n'était pas arythmique et l'auscultation ne « décelait pas la moindre lésion.

« Je pus compter 130 pulsations à la minute « Mon cœur va « éclater » disait-elle. « J'étouffe » se hâtait-elle d'ajouter.

« Je découvris un tremblement peu marqué siégeant unique- « ment au niveau des membres supérieurs et se manifestant « même à l'état de repos.

« La malade m'apprit que parfois ses jambes se fléchissaient brusquement sous elle et que plusieurs fois, elle avait été sur « le point de tomber.

« Son état ne présentait pas de danger immédiat et les terri- « bles paroxysmes si bien décrits par Trousseau n'étaient pas, « je crois, trop à craindre, mais la malade était très irritable

« très nerveuse » et il fallait à tout prix l'éloigner de sa mère « très nerveuse également et avec laquelle elle avait trop sou« vent des discussions d'une violence extrême.

« Aussi, je déclarai à la famille que je jugeais indispensable « de faire entrer la jeune malade dans une maison de santé.

« Dans cet établissement, on commença par ralentir les bat« tements du cœur par la digitale.

« Au bout de quelques jours, la malade fut soumise au trai« tement hydrothérapique. Elle prenait, chaque jour, une dou« che écossaise (les deux premières douches furent données « tièdes) d'une durée de 25 à 30secondes et suivie d'une friction « au gant de crin.

« On lui donna également, mais d'une façon progressive, « jusqu'à trois grammes d'une solution polybromurée par « 24 heures.

« La malade a actuellement quitté la maison de santé où « elle a passé deux mois environ. Les phénomènes hystériques « que j'ai remarqués chez elle avant et après l'apparition de sa « maladie de Basedow, persistent toujours, mais ont beaucoup « perdu de leur intensité. L'exophthalmie est toujours mani« feste, mais bien moindre que lors de son apparition.

« Le goître qui n'a jamais été bien gros à gauche semble vou« loir persister à droite.

« La tachycardie s'est apaisée, néanmoins on peut compter « encore parfois jusqu'à 100 pulsations à la minute.

« Le tremblement et le fléchissement des jambes ont entiè« rement disparu.

« Sans aucun doute, l'hydrothérapie et la solution polybro« murée ont amené une grande amélioration chez ma malade « et je m'en tiendrai à ce traitement efficace bien qu'anodin ».

OBSERVATION III (Résumée)

Note sur un cas singulier de goitre exophthalmique, par M. Féréol (Soc. méd. des hôp. 13 nov. 1874).

Goître, développement du corps thyroïde surtout à droite. Exophthalmie. Palpitations. En janvier 1874 (5 mois après que le goître eut été remarqué) le malade fut pris sans ictus apoplectique d'une violente céphalée avec vertiges, titubation, tremblement, défaut de coordination dans les mouvements, propulsion irrésistible vers la droite et diminution musculaire dans tout le côté droit. Il avait de la diplopie dans certaines position des yeux ; il éprouvait des sensations de froid et de chaud inégalement distribuées à la surface du tégument, parfois il lui semblait que la moitié droite de sa figure était en feu ; et s'il buvait dans ces moments, le verre lui semblait brûlant dans la partie qui était en contact avec la moitié droite de la bouche.

Du reste, jamais de douleurs dans les membres et notamment jamais de douleurs fulgurantes ; mais une dysurie assez marquée.

En juin 1874. — Ont apparu des vomissements répétés, tantôt alimentaires, tantôt bilieux qui ont duré jusqu'en août et dont le malade rend responsable l'usage de la digitale.

Il y a du *tremblement général*, très marqué dans le repos et s'exagérant légèrement dans les mouvements ; on constate aussi du tremblement fibrillaire dans les muscles des quatre membres, mais point à la figure ni à la langue.

Il y a hypéralgésie très marquée dans tout le côté droit du

corps et de ce même côté diminution de la sensibilité thermique; exagération très prononcée de la sensibilité cutanée reflexe des deux côtés, mais principalement à droite.

M. Féréol se demande si les symptômes « d'ataxie cardio-vasculaire et les symptômes de parésie sont dus à deux maladies juxtaposées chez le même sujet ». Existe-t-il une cachexie exophthalmique, et, à côté, une lésion des centres nerveux ?

Ces deux maladies sont-elles indépendantes l'une de l'autre ? Ou bien sont-elles liées entre elles à titre de maladie initiale et de complication ? et dans ce cas, quelle est la maladie qui joue le rôle de complication ? Au contraire, les deux ordres de symptômes, ataxie vasculaire et parésie, sont-ils sous la dépendance d'une même cause ? Et dans ce cas la cachexie exophthalmique a t-elle entraîné des lésions dans les centres nerveux ? Ou bien s'agit il d'une lésion primitive des centres nerveux qui, entre autres symptômes produirait la cachexie exophthalmique ? Enfin, s'il existe une lésion des centres nerveux, quel est le siège de cette lésion ? Est-ce la moelle, le bulbe, le cervelet, la protubérance ?

Faut-il admettre des lésions multiples et disséménées ? De quelle nature sont ces lésions ?

Faut-il les rapporter à l'ordre des tumeurs, des ramollissements, des dilatations anévrysmatiques ou des scléroses ? »

M. Beaumetz serait porté a rapporter la diplopie, le tremblement, l'incoordination, les vomissements à une affection médullaire, à une sclérose en plaques, par

exemple que l'on pourrait rattacher avec le syndrôme de Basedow à un même trouble du grand sympathique.

M. Féréol : « Je ne vois pas qu'il puisse être question « ici d'une ataxie vraie... qu'une autre affection double le « goître exophthalmique chez notre malade cela est pos- « sible. Ce n'est pas en tout cas une affection du cer- « veau, ni du cervelet, rien ne peut y faire songer ; ce « sera, si on veut une affection de la moelle, mais alors « une affection secondaire, par action réflexe peut-être. « Je crois pouvoir me résumer en disant que la cachexie « exophthalmique a produit secondairement, selon moi, « des désordres dans la nutrition de la moelle. »

Dans une plus récente communication (Soc. méd. des hôpitaux, 8 janvier 1875), M. Féréol informe la Société que son malade a quitté la maison de santé à peu près dans l'état où il y était entré. Le *tremblement a cependant notablement diminué ;* la parésie du côté droit a persisté.

Quant à ce qui est d'une lésion du cerveau, bien loin de la nier, l'auteur pense au contraire qu'elle existe, et s'inscrit en faux contre l'idée contraire qui lui a été prêtée dans certains comptes-rendus.

M. Féréol se demande si on a affaire à une lésion en foyer, à une dilatation anévrysmatique au niveau du sillon intermédiaire du bulbe et de la protubérance (sixième paire) ou bien à une sclérose en plaques, à cause du tremblement et des troubles de la sensibilité.

« En dernière analyse, dit-il, c'est donc entre ces deux « hypothèses que je circonscris le diagnostic ou bien une « cachexie exophthalmique ayant déterminé dans le voi-

« sinage de la protubérance et du bulbe et ailleurs
« encore dans le cerveau, des lésions (sclérose ou dilata-
« tions anévrysmales) qui causent secondairement les
« phénomènes paralytiques, ou bien une lésion primitive
« du cerveau siégeant aux mêmes points et produisant,
« outre les phénomènes paralytiques, le complexus mor-
« bide de la maladie de Graves. »

A l'exemple de M. Féréol, devons-nous nous borner à formuler des hypothèses et à invoquer, comme lui, l'existence très problématique de lésions des centres nerveux si rares chez les Basedowiens, pour expliquer la série de symptômes si variés présentés par son malade ?

Nous ne le croyons pas.

Klümpke (contractures hystériques, *Rev. de Med.*, mars 1885), parle d'une hystérique soignée par Vulpian qui avait eu pendant cinq ans des contractures généralisées avec troubles trophiques, atrophie musculaire et contractions fibrillaires des muscles, et à l'autopsie de laquelle, on ne trouva aucune trace de lésions médullaires !

Voilà ce que peut faire l'hystérie !

Aussi, avons-nous la ferme conviction que le malade de M. Férél était tout simplement une victime de la « grande simulatrice » et que les symptômes présentés par lui étaient tous de nature hystérique.

CONCLUSIONS

I. — La maladie de Basedow affecte avec l'hystérie des rapports étroits, par son origine, sa symptomatologie, son évolution.

II. — Aucune théorie ne rend compte de tous les cas. Les résultats variables du traitement ne permettent pas de s'en tenir à l'une ou à l'autre.

III. — L'étude attentive des cas montre que les influences qui peuvent révéler l'hystérie plus ou moins latente sont précisément celles qu'on trouve à l'origine de la plupart des faits de goître exophthalmique.

IV. — La plupart, pour ne pas dire la totalité des symptômes offerts par les malades sont nettement hystériques. Ce caractère est évident pour les troubles moteurs, sensitifs, sensoriels, psychiques.

V. — On est en droit de supposer qu'il y a là autre

chose qu'une pure coïncidence ou une association fortuite de deux maladies et il est probable que la majorité, nous ne disons pas la totalité des faits de goître exophthalmique ne sont pas autre chose que de l'hystérie se présentant sous un aspect spécial.

Vu : le président de la thèse.
DEBOVE

Vu : le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Abadie. — Cliniques ophthalm., 1892. Travaux de Neurologie Chirurg., 1893.

Aran. — Bulletin de l'Acad. de Méd., 1860.

Babinski. — G. E. et Myxœdème. Congrès de Bordeaux, 1899.

Ball. — Gaz. des Hôp. de Paris, 1873.

Ballet. — Revue de Méd., 10 avril 1883. Sem. Méd., 1888.

Basedow. — Caaspers Wock, 1840.

Béclère. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 1894. Soc. Méd. des Hôp., 1899.

Begbie (J.). — Monthly Journ. of. Med. S. Edimbourg, 1843-49-1855-1862.

Bertoye. — Thèse de Lyon, 1898.

Bouilly. — Soc. de Chirurg., 1899.

Brissaud. — Méd. Mad., 1898. Leçons, 1895. Congrès de Bordeaux, 1895.

Broca. — Traité de Chirurg. de Duplay et Reclus.

Brühl. — Gaz. des Hôpitaux, 1894.

Cardarelli. — Naples, 1882.

Charcot. — Leçons du Mardi. Gaz. Méd. de Paris, 1856.

Chwostech. — Allg. Med. Wien. Zect., 1878.

Daubresse. — Thèse de Paris, 1883.

Debove. — Soc. Méd. des Hôpitaux, 1880-1889. Soc. Méd. des Hôpitaux, 1897. Société Médicale des Hôpitaux, 21 avril 1899.

DEBOVE et ACHARD. — Manuel de Pathologie Interne.

DELASIAUVE. — Union Médicale, 1897.

DIEULAFOY. — Clinique de l'Hôtel-Dieu.

FAUQUEZ. — Rev. Méd. et de Chirurg. des maladies des femmes, 1892.

FLAJANI. — Roma, 1880.

FÉRÉOL. — Un cas singulier. Union Méd., 1875.

FRANCK. — Phys. du Grand sympat. Diction. Encycl. des Sciences Médicales.

GAYME. — Thèse Paris, 1898.

GLEY. — Archives de Physiologie, 1892. Revue générale des Sciences, 1898.

GRAVES. — Leçons de Clinique médicale de Dublin, 1835.

JABOULAY. — Lyon Méd., 22 mars 1896. Lyon Méd., 1898 (Elongation du Pneumogastrique).

JOFFROY. — Gaz. hebdom. et Soc. méd. des Hôp., 1888. Congrès de Bordeaux, 1895.

JOFFROY et ACHARD. — Archives de Méd. Exper., 1893.

JONNESCO. — Cong. franç. de Chirurg., 1896. Congrès de Moscou, 1897.

JOUIN. — Soc. d'Obst. et de Gynécol., 1896.

LAVESNE. — Thèse de Lyon.

MARIE. — Thèse de Paris, 1885. Soc. Méd. des Hôp., 1894-97. Cliniques, 1896.

MARIE-MARINESCO. — Revue Neurol., 1893.

MAUDE. — The Journal of mental sciences, 1896.

MAYZÈLE. — Thèse de Paris, 1897.

MERKLEN. — Bull. Soc. Clin. de Paris, 1882.

MOUSSU. — Congrès de Liège, 1892. These de Paris, 1897.

ODEYE. — Utérus et c. thyroïde, thèse de Paris, 1795.

OULMONT. — Thérap. des névroses, 1894.

PANAS. — Arch. d'ophthalmologie, 1880-81.

PETER. — Bull. Med. 1890.

PEUGNIEZ. — Gaz. méd. de Picardie, 1898.

PICQUÉ. — Soc. de chirurg., 1895.

PIORRY. — Gaz. hebdomadaire, 1862.

PONCET. — Bull. méd. 1894. Gaz. des hôp. 1894. Med. Mod., 1897.

POTAIN. — Clinique 1876. Sem. med. 1888. Rev. Intern. de méd. et chirurg. 1895, 1897. Med. med, 1897.

RAYMOND. — Goître exophthalmique et épilepsie. Clinique med. 1898.

RAYMOND et SÉRIEUX. — Goître exophthalmique et dégnérescence mentale. Rev. de med. 1898.

RENAUT. — Soc. med. des hôpitaux, 1890. Congrès de Bordeaux, 1890. Echo de Lyon, 1898.

RICHE. — Thèse de Paris, 1897.

RUSSEL. — Hystérie, épilepsie et goître exophl. Med. Tind. And Gaz. 1875.

SÉE (G.). — Maladie du cœur, 1879.

SOUQUES et MARINESCO. — G. exophthalm. et diabète. Bull. med. 1897.

TEISSIER. — Rev. de méd. 1883. France méd. 1888.

TILLAUX. — Acad. de méd. 1883. Cliniques.

TROUSSEAU. — Bull. de l'acad de méd. 1862. Cliniques.

VIGNARD. — Bull. méd. 1897.

VIGOUROUX. — Progrès med. 1887. Gaz. des hôp. 1891.

JOUVE et BOYER, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.